

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958

Nº

THESE **615**

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

GARDETTE MARGUERITE

Née le 10 Décembre 1923 à Arpajon-sur-Cère

Présentée et soutenue publiquement le

1958

LES RÉSULTATS AUDITIFS

DE LA

CHIRURGIE AURICULAIRE

CHEZ L'ENFANT

PRESIDENT : Monsieur le Professeur AUBIN



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958

Nº

T H E S E

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

GARDETTE MARGUERITE

Née le 10 Décembre 1923 à Arpajon-sur-Cère

*Présentée et soutenue publiquement le*

1958

LES RÉSULTATS AUDITIFS

DE LA

CHIRURGIE AURICULAIRE

CHEZ L'ENFANT



*PRESIDENT : Monsieur le Professeur A U B I N*



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41551514\\_0007](https://archive.org/details/IA41551514_0007)

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BENARD (H.), BROcq (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CARNOT (P.).  
 CHABROL (Et.), CHAMPY (C.), CHEVASSU (M.), DEBRE (R.), DELBET (P.),  
 DONZELOT (E.), CASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARMIER (P.)  
 LAROCHE (G.), LAUBRY (Ch.), LEMAITRE (F.), LEVY-SOLAL (E.), LHERMITE (J.)  
 LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.),  
 MONDOR (H.), MULON (P.), OLIVIER (E.), RICHET (Ch.), SANNIE (Ch.),  
 SEZARY (A.), TANON (L.), VELTER (E.).

Doyen : ..... Léon BINET  
 Membre de l'Institut

Assesseur : ..... Jean VERNE.

## I. - PROFESSEURS

|                                                                             |               |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------|
| Anatomie                                                                    |               | CORDIER (G.)               |
| Anatomie Pathologique                                                       |               | DELARUE (A.)               |
| Bactériologie                                                               |               | FASQUELLE (R.)             |
| Biochimie Médicale                                                          |               | JAYLE (M.F.)               |
| Biologie appliquée à l'Educ. Phy. et Sports                                 |               | CHAILLEY-BERT (P.)         |
| Biologie Médicale                                                           |               | FAUVERT (R.)               |
| Cancérologie Médicale et sociale                                            |               | BERNARD (J.)               |
| Clinique de cardiologie                                                     |               | MOUQUIN (M.)               |
| Cliniques Chirurgicales                                                     | { Beaujon     | SICARD (A.)                |
|                                                                             | { Cochin      | QUENU (J.)                 |
|                                                                             | { Hôtel-Dieu  | MENEGAUX (C.)              |
|                                                                             | { Salpêtrière | MOULONGUET (P.)            |
| Clinique Chirurg. réparatrice et orthopédique                               |               | MERLE D'AUBIGNE (R.)       |
| Clinique de Chirurgie cardio-vasculaire                                     |               | de GAUDARD-d'ALLAINES (F.) |
| Clinique de Chirurg. infantile et orthopédie                                |               | FEVRE (M.)                 |
| Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire                                     |               | MATHEY (J.)                |
| Clinique gynécologique                                                      |               | FUNCK-BRENTANO (P.)        |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques                             |               | DEGOS (R.)                 |
| Clinique des maladies des enfants                                           |               | CATHALA (J.)               |
| Clinique des maladies infectieuses                                          |               | MOLLARET (P.)              |
| Clinique des maladies mentales et de l'encéphale                            |               | DELAY (J.)                 |
| Clinique des maladies métaboliques                                          |               | HAMBURGER (J.)             |
| Clinique des maladies du sang                                               |               | MARCHAL                    |
| Clinique des maladies du système nerveux                                    |               | ALAJOUANINE (T.)           |
| Cliniques Médicales                                                         | { Bichat      | JUSTIN-BESANCON (L.)       |
|                                                                             | { Broussais   | DE GENNES (L.)             |
|                                                                             | { Cochin      | MOREAU (R.)                |
|                                                                             | { Hôtel-Dieu  | BARIETY (M.)               |
| Clinique Méd. d'Hydro-climatologie thérapeutique                            |               | DEBRAY (C.)                |
| Clinique Médicale propédeutique                                             |               | PASTEUR VALLERY-RADOT (L.) |
| Clinique médico-sociale du diabète sucré et<br>des maladies de la nutrition |               | BOULIN (R.)                |
| Clinique de neuro-chirurgie                                                 |               | PETIT-DUTAILLIS (D.)       |
| Cliniques Obstétricales                                                     | { Bandoloeque | LACOMME (M.)               |
|                                                                             | { Port-Royal  | VARANGOT (J.)              |



Clinique d'Obstétrique et de gynécologie

Clinique Ophtalmologique

Clinique oto-rhino-laryngologique

Clinique de pneumo-phtisiologie

Clinique psychiatrique infantile

Clinique de puériculture

Clinique rhumatologique médicale et sociale

Clinique stomatologique

Clinique thérapeutique chirurgicale

Clinique thérapeutique médicale

Clinique urologique

Embryologie

Génétique médicale

Histoire de la médecine et de la chirurgie

Histologie

Hygiène et clinique de la première enfance

Hygiène et médecine préventive

Médecine légale

Médecine du travail

Parasitologie et histoire naturelle médicale

Pathologie Chirurgicale

Pathologie exotique

Pathologie expérimentale et comparée

Pathologie humorale et immunologie expérimentale

( chaire à titre personnel )

Pathologie médicale

Pathologie et thérapeutique générales

Pédiatrie sociale

Pharmacologie et matière médicale

Physico-chimie médicale ( chaire à titre personnel )

Physiologie

Physique médicale

Radiologie médicale

Technique chirurgicale

Thérapeutique

LANTUEJOUL ( P. )

RENARD ( G. )

AUBIN ( A. )

BERNARD ( E. )

HEUYER ( G. )

LELONG ( M. )

COSTE ( F. )

DECHAUME ( M. )

SENEQUE ( J. )

LEMAIRE ( A. )

FEY ( B. )

GIROUD ( A. )

LAMY ( M. )

SOULIE ( P. )

VERNE ( J. )

TURPIN ( R. )

JOANNON ( C. )

PIEDELIEVRE ( R. )

DESOILLE ( H. )

GALLIARD ( H. )

COUVELAIRE ( R. )

LAVIER ( G. )

LENEGRE ( J. )

MERKLEN ( F. )

DECOURT ( J. )

GARCIN ( J. )

MARIE ( J. )

HAZARD ( R. )

DOGNON ( A. )

BINET ( L. )

STROHL ( A. )

DESCREZ ( H. )

PATEL ( J. )

BROUET ( G. )

## II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

### MAITRES de CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

Anatomie

{ DELMAS ( A. ) pr s.ch.  
{ CABROL ( C. )  
{ DEBEYRE ( J. )  
{ OLIVIER ( G. )

Anatomie Pathologique

{ GAUTHIER-VILLARD MlleP.  
{ pr.s.ch.  
{ BUSSER ( F. )  
{ GUYGOU ( Ch. )

Bactériologie

{ NEVOT ( A. ) pr.s.ch.  
{ CHRISTOL ( D. )

Biochimie médicale

{ ETTORI ( J. ) pr.s.ch.  
{ DESCREZ ( P. )  
{ POLONOVSKI ( J. )  
{ SCHAPIRA ( R. )



|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| Biologie Médicale        | BOURLIERE ( F.)          |
| Dermato-syphiligraphie   | DUPERRAT ( F?)           |
| Embryologie              | TUCHMANN-DUPLESSIS ( H.) |
|                          | COUJARD ( F.             |
| Histologie               | N ...                    |
|                          | N ....                   |
| Hydrologie               | CORNET ( A.)             |
| Hygiène                  | BOYER ( J.) pr.s.ch.     |
| Maladies Infectieuses    | DEPARIS (M.) pr.s.ch.    |
| Médecine légale          | BASTIN ( R.)             |
|                          | DEROBERT (L.) pr.s.ch.   |
| Médecine du travail      | GAULTIER ( M.)           |
| Neuro-chirurgie          | HADENGUE ( A.)           |
| Neurologie               | ALBAHARY ( G.)           |
|                          | DAVID ( M.)              |
|                          | LHERMITTE ( F.)          |
|                          | GRASSET ( J.)            |
|                          | LE LORIER ( G.)          |
|                          | LEPAGE ( F.)             |
| Obstétrique              | MERGER ( P.)             |
|                          | MORIN ( P.)              |
|                          | RAVINA ( J.)             |
|                          | ROBEY ( M.)              |
|                          | BREGEAT ( P.)            |
| Ophtalmologie            | DESVIGNES ( P.)          |
| Orthopédie               | JUDET ( R.)              |
| Oto-rhino-laryngologie   | AUBRY ( M.)              |
|                          | MADURO ( R.)             |
| Parasitologie            | BRUMPT ( L.G.)           |
|                          | CHABAUD ( A.)            |
|                          | ABOULKER ( P.)           |
|                          | BARGAT ( J.)             |
|                          | BAUMANN ( J.)            |
|                          | CAUCHOIX ( J.)           |
|                          | DUBOST ( C.)             |
|                          | FAUREL ( J.)             |
|                          | FLABEAU ( F.)            |
|                          | GERMAIN ( A.)            |
|                          | GOSSET ( J.)             |
|                          | LAURENCE ( G.)           |
|                          | LORTAT-JACOB ( J.)       |
|                          | MATHEY ( J.)             |
|                          | OLIVIER ( Cl.)           |
|                          | POILLEUX ( F.)           |
|                          | THOMERET ( G.)           |
|                          | VERNE ( J.M.)            |
|                          | LOEPER ( J.)             |
| Pathologie expérimentale | MAURICE ( P.)            |



Pathologie médicale

BOUDIN ( G.)  
BOUVIER ( J.B.)  
BRICAIRE ( H.)  
BRISAUD ( H.)  
CASTAIGNE ( P.)  
CONTE ( M.)  
DEROT ( M.)  
DOMART ( A.)  
LAMOTTE ( M.)  
LAROCHÉ ( C.P.)  
MAGREZ ( C.)  
MILLIEZ ( P.)  
PEQUIGNOT ( H.)  
PERRAULT ( M.)  
RAMBERT ( P.)  
ROYER ( P.)  
THIEFFRY ( St.)  
TURIAT ( J.)  
WOLFROMM ( R.)  
N ...

Pédiatrie

{ JOSEPH ( R.)  
{ MOZZICONACCI ( P.)  
{ POLONOVSKY ( Cl.)

Pharmacologie

{ CHEYNOL ( J.) pr.s.ch.  
{ LEVY (Mlle J.) pr.s.ch.

Physiologie

{ BARJETON ( D.) pr.s.ch.  
{ PARROT ( J.) pr.s.ch.  
{ DEJOURS ( P.)

Physique Médicale

{ DJOURND ( A.) pr.s.ch.  
{ GOUGEROT ( L.)

Pneumo-Phtisiologie

KREIS ( B.)

Psychiatrie

PICHOT ( P.)

Psychiatrie infantile

MICHAUX ( L.)

Rhumatologie

DELBARRE ( F.)

Stomatologie

{ CERMEA ( P.)  
{ CHAPUT ( Mme A.)

Thérapeutique

CHASSAGNE ( P.)

Urologie

KUSS ( R.)



III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES  
CHARGES de COURS de CLINIQUE ANNEXE  
à titre permanent

|                          |                                                                                       |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Clinique chirurgicale    | ( AMELINE ( A.)<br>HUGUIER ( J.)<br>LEGER ( L.)<br>PADOVANI ( P.)<br>ROUX ( M.)       |
| Clinique médicale        | ( DREYFUS ( Gilbert )<br>HAGUENEU ( J. ) pr.s.ch.<br>KOURILSKY ( R.)<br>MARCHAL ( G.) |
| Clinique neurologique    | DE SEZE ( S.)                                                                         |
| Clinique obstétricale    | MAYER ( M.)                                                                           |
| Clinique ophtalmologique | OFFRET ( G.)                                                                          |
| Clinique pédiatrique     | LAPLANE ( R.)                                                                         |
| Clinique psychiatrique   | BARUK ( H.)                                                                           |

=====

Secrétaire général de la Faculté ..... M. MOREL ( J.)  
Secrétaire ..... Mlle CHAINTREUIL ( G.)

---

Conservateur, chargé de la direction .... M. le Dr. HAHN( A.)  
Conservateur ..... Mlle GOICHON ( A.)  
Bibliothécaires ..... Mlles DUMAITRE ( P.)  
LAURENT ( H.), LE NOIR ( G.), QUIEVREUX ( E.)

---

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté  
que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées  
doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle  
n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MES PARENTS,

En témoignage de reconnaissance et d'affection

A MON MARI,

Avec ma profonde affection.

A Madame GARDETTE,

A MON FILS,

A Monsieur P. V E I T,

En remerciement de l'aide précieuse qu'il  
a bien voulu m'apporter .



A Monsieur le Professeur A. A U B I N  
Professeur de la Chaire d'Oto-Rhino-Laryngologie à la  
Faculté de Médecine de PARIS  
Médecin des Hôpitaux  
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur  
d'accepter la présidence de cet-  
te thèse,

EN TEMOIGNAGE  
DE RESPECTUEUSE GRATITUDE.



A Monsieur le Docteur BOUCHET,  
Médecin des Hôpitaux,  
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui fut notre premier Maître

Avec notre fidèle  
et respectueux attachement



A notre Maître :

Monsieur le Docteur BOURDIAL,

Médecin des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a accueilli dans son  
service et nous a inspiré le  
sujet de cette thèse,

Qu'il veuille bien trouver ici  
l'expression de notre profonde  
gratitude.



A Monsieur le Docteur H E N R O T,  
Médecin des Hôpitaux,

En témoignage de sincère  
reconnaissance .



## INTRODUCTION

Lorsqu'un enfant, atteint d'otite chronique est amené par ses parents en consultation, c'est, dans la majorité des cas, parce que son oreille coule.

Cet écoulement les inquiète, soit parce qu'il a repris après une période d'assèchement, soit par ce que son abondance, son odeur, ses caractères ont changé.

Ou encore, mais plus rarement, parce que l'enfant a mal.

Pratiquement, il est très rare de voir un enfant, pour une diminution de son acuité auditive.

Et pourtant, une otite chronique n'évolue jamais, sans donner, à plus ou moins brève échéance une atteinte de l'audition.

Cette hypoacoutie est un signe absolument constant dans toute suppuration auriculaire chronique, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

Ses caractères, son évolution, sont très variables. Elle peut aller d'une légère hypoacousie à une surdité grave. C'est presque toujours une surdité de transmission, mais elle peut, bien qu'exceptionnellement, évoluer vers le type mixte. Son évolution parfois parallèle à celle de l'otite, bien souvent continuée de s'aggraver, malgré une guérison apparente de celle-ci; ou



encore la surdité est trop accentuée lors de cette guérison et l'enfant, débarrassé de sa suppuration, resta tout de même un enfant sourd.

Les conséquences de cette hypoacousie sont, de plus, bien plus graves chez l'enfant que chez l'adulte dont le développement intellectuel est achevé. Une mauvaise audition constitue un obstacle au développement normal du langage et de l'intelligence et entraîne fréquemment des troubles caractériels.

Toutes ces raisons commandent d'avoir, devant une otite chronique chez un enfant, un but essentiel : préserver l'audition.

Le but de ce travail est de prouver que l'intervention, limitée à l'antro - atticotomie, a une influence heureuse sur le danger auditif que fait courir une suppuration auriculaire chronique chez l'enfant.

De telles constatations avaient été faites par notre Maître, Monsieur J. BOURDIAL. Les audiogrammes post-opératoires qu'il avait présentés étaient cependant trop récents pour permettre des conclusions formelles.

Nos 86 audiogrammes pré et post opératoires, récents ou tardifs, nous autorisent à affirmer, que les résultats auditifs, tardifs, sont pratiquement superposables aux résultats précoces.

196 antro - atticotomie, faites chez l'enfant, à l'Hôpital Bretonneau, entre 1952 et 1958, par Monsieur BOURDIAL et son successeur Monsieur HENROT, ont servi de base à cette étude.

Cette thèse a le désir de convaincre qu'une intervention de drainage l'antro-atticotomie, bien indiquée, pratiquée sans fautes opératoires, constitue la meilleure des armes thérapeutiques dont nous disposons pour éviter une surdité ultérieure importante, conséquence habituelle d'une suppuration auriculaire prolongée chez un enfant.

---



# DIAGNOSTIC DE LA SURDITÉ

## CHEZ L'ENFANT

---

Cette surdité toujours présente, passe pourtant inaperçue dans la majorité des cas.

Insoupçonnée des parents, elle doit être systématiquement recherchée par le médecin. Il n'est pas toujours aisé d'en faire le diagnostic, surtout chez l'enfant jeune, à plus forte raison si elle est unilatérale.

Nous nous baserons sur le comportement de l'enfant, sur l'examen clinique, enfin sur l'audiométrie chaque fois qu'elle sera possible.

### LE COMPORTEMENT DE L'ENFANT.

Il pourra parfois donner l'éveil à un entourage averti.

Les parents ont remarqué que l'enfant est distrait, paresseux, désobéissant; son caractère a changé, il est devenu sournois, coléreux. Mais ils sont déroutés de voir ce même enfant réagir aux bruits, écouter la musique. De fait, il supporte, en apparence, très bien son hypoacousie. Seul le changement d'attitude constaté lorsque l'audition s'est améliorée nous permet de supposer qu'il en souffrait.

Dans certains cas, lorsque le déficit auditif est plus grave, les signes sont plus nets car ils intéressent le langage. Un enfant très jeune parlera tard et mal. Chez un enfant plus grand



le langage, jusque là normal, semble regresser. C'est une éventualité exceptionnelle dans les surdités consécutives à une otite chronique.

### L' EXAMEN CLINIQUE.

Il nous permet de prévoir, dans une certaine mesure, l'état de l'audition. Nous verrons plus loin en détail les deductions que nous pourrons tirer de l'examen otoscopique, de celui des fosses nasales et du cavum.

### L'EXAMEN ANDIOMETRIQUE.

Elle dépend essentiellement de l' âge de l'enfant. Nous précisons que nous entendons par âge de l'enfant, celui de son développement intellectuel.

#### 1°.- Avant cinq ans .-

Nous n'obtiendrons que des renseignements plus ou moins précis selon le cas, mais jamais d'une rigueur scientifique suffisante. L'emploi de tests vocaux, de jouets sonores, la recherche des réflexes psycho-galvanique, enfin le "Peep - Show" dans les deux dernières années, sont les méthodes habituellement utilisées à cet âge.

Elles ne présentent pas d'intérêt réel pour nous, car nous verrons plus loin qu'avant l'âge de l'audiogramme nous nous contenterons presque toujours, après échec, d'un traitement médical, d'une intervention de drainage.

#### 2°.- Après cinq ans .-

A partir de cinq ans les résultats obtenus à l'audiométrie tonale prennent une valeur certaine. Avec un enfant s'adaptant bien, un opérateur entraîné, nous aurons des audiogrammes parfaitement valables. Plusieurs examens consécutifs, faits dans des conditions identiques, par le même opérateur, avec le même appareil, confirmeront ou infirmeront la valeur des réponses de l'enfant. Il est donc possible, dès cet âge, de prendre une décision thérapeutique en fonction des résultats obtenus et de plus, de vérifier, après le traitement, l'état de l'audition.

L'audiogramme tonal sera donc l'épreuve nous permettant d'évaluer avec précision le déficit auditif au cours d'une otite chronique; il nous aidera à poser une indication opératoire, nous orientera vers le mode d'intervention, il en vérifiera les résul-



tats. Pour plus de sécurité, dans l'étude de ces résultats, nous nous donnons une marge de 10% de plus et de moins pour juger des variations post-opératoires du déficit auditif.

Nous nous baserons, pour calculer les pertes auditives sur la formule de Fletcher. On mesure le niveau des trois fréquences : 500, 1.000 et 2.000 et on fait la moyenne des deux meilleures. Par exemple, si nous avons :

15 dba de perte sur le 500  
10 dba de perte sur le 1.000  
20 dba de perte sur le 2.000

les deux meilleurs chiffres sont 15 et 10. Le pourcentage de déficit sera de 12,5 %.

---



# ETUDE DE LA SURDITÉ AU COURS DES DIFFÉRENTES FORMES D'OTITE CHRONIQUE CHEZ L'ENFANT

---

Ayant réussi à fixer le niveau auditif des enfants atteints d'otite chronique, nous pourrions étudier les caractères de la surdité au cours des suppurations auriculaires chroniques. Elle est constante nous le répétons, mais elle est très variable, tant dans son apparition, dans son intensité, que dans son évolution.

Bien qu'il soit difficile par suite de cette variabilité, de définir, pour chaque forme d'otite, une forme de surdité, nous essaierons de définir les caractéristiques le plus fréquemment retrouvées dans chacune d'elles.

Nous reprendrons ici la classification adoptée par le Docteur J. Bourdial dans le rapport présenté au Congrès de 1955. Elle est basée sur le siège de la perforation et décrit cinq formes cliniques .

## A.- Les PERFORATIONS ANTERO-INFERIEURES BASSES de la PARS TENSA de l'OTORRHEE MUQUEUSE DITE TUBAIRE

---

L'hypoacousie est, en règle générale, légère.

Elle augmente de façon passagère au cours des poussées de réchauffement, redevient moindre ou même minime entre les poussées.

Les lésions sont en effet essentiellement muqueuses. L'ostéite est très rare.



Toutefois, la participation antro-atticale est de règle, les muqueuses sont oedématisées depuis la trompe jusqu'à la mastoïde.

Or cette forme d'otite est caractérisée par sa ténacité. Le risque sera donc grand de voir à la longue s'installer une suppuration de l'attique, qui fera courir un danger à l'audition. Nous constaterons alors que la surdité persiste entre les poussées aiguës. Ce sera pour nous le signe d'une atteinte de l'attique ou de la chaîne ossiculaire. Nous savons que la brièveté et la largeur de la trompe d'Eustache chez l'enfant expliquent son excessive perméabilité. C'est à soustraire l'attique à son influence néfaste que doivent tendre les efforts de tout traitement préventif de la surdité dans le cas de l'otorrhée tubaire.

*B.- Les PERFORATIONS PARA-CENTRALES de la PARS TENSA,  
NON MARGINALES, de l'OTORRHEE PURULENTE  
ATTICO-TYMPANIQUE du JEUNE ENFANT*

Les caractères de la surdité sont à peu près identiques à la forme précédente.

L'hypoacousie est légère, n'a pas tendance à s'aggraver rapidement.

Mais ces otites n'ont pas la ténacité de l'otorrhée tubaire. Elles guérissent souvent spontanément, ou sous l'influence du simple traitement médical. Toutefois, il ne faut pas les négliger pour autant, car lorsque l'évolution se poursuit au delà d'un certain temps, elles peuvent se transformer en une suppuration antro-atticotympanique. Les lésions ostéitiques menacent la continuité de la chaîne ossiculaire et par là même l'audition. Dans une éventualité plus favorable, elle guérira spontanément vers 7 ou 8 ans, lorsque la muqueuse atticotympanique perdra ses caractères infantiles. Mais elle laissera bien souvent l'enfant avec une audition très diminuée.

Or ce sont des enfants jeunes, chez lesquels l'audiogramme est impossible. Devant l'échec du traitement médical, la seule solution, si l'on veut éviter le risque d'une atteinte auditive irrécupérable, sera de rétablir le drainage au niveau de l'attique par une intervention chirurgicale précoce.



*C.- Les PERFORATIONS SOUS-LIGAMENTAIRE HAUTES  
de la PARS TENSA, MARGINALES,  
de la SUPPURATION ANTRO-ATTICO-TYMPANIQUE*

---

Nous avons vu qu'elles peuvent succéder à la forme présécente. Elles peuvent aussi survenir d'emblée. Ces formes sont dangereuses au point de vue fonctionnel.

Les lésions ostéitiques sont fréquentes, mais de siège et d'importance variables. Lorsqu'elles restent limitées à la région centrale, lorsque au niveau des osselets l'atteinte est superficielle, la chaîne est respectée et une bonne audition conservée. D'autres fois, au contraire, les lésions osseuses sont d'emblée importantes et l'audition rapidement et gravement lésée.

Le cholestéatome est fréquent puisqu'il est retrouvé dans près d'un tiers des cas.

L'audiogramme, possible chez ces enfants déjà grands, sera toujours fait dès la découverte d'une telle perforation. La surdité sera très variable, allant d'une légère hypoacousie à une surdité grave, d'une formule de transmission pure à une formule mixte, signant la participation cochléaire. Son évolution pourra être lente, ou au contraire il peut y avoir des aggravations très rapides du déficit auditif.

*D.- Les DESTRUCTIONS SUB-TOTALES  
de la MEMBRANE du TYMPAN*

---

L'audition est habituellement très lésée. Les résultats à l'audiométrie montrent en effet des déficits atteignant ou dépassant 35 ou 40 db. Il s'agit, cette fois, non plus de préserver l'enfant d'une baisse de son acuité auditive, mais de sauvegarder ce qu'il en reste.

*E.- Les PERFORATIONS de la MEMBRANE de SHRAPNELL*

---

Les otites purulentes chez l'enfant jeune sont caractérisées par la gravité de leur évolution en général, et en particulier au point de vue fonctionnel.

Si au début l'audition est peu lésée chez l'enfant, cette forme d'otite aboutit presque inévitablement à la rupture de la chaîne ossiculaire. Le cholestéatome en est la complication fréquente. De plus, elle est silencieuse dans son début, donc souvent découverte tardivement.



Le pronostic fonctionnel est donc très réservé et la surdité, lorsqu'elle apparaît, risque d'être grave et définitive.

### F. - EVOLUTION d'une OTITE DERRIERE un TYMPAN FERME

Ces otites peuvent entraîner une chute importante de l'audition. Nous avons trouvé des déficits allant jusqu'à 40 dbs.

Lorsque l'audiogramme est possible, l'apparition d'une surdité, malgré un tympan fermé, sera un élément suffisant pour décider une exploration de cette attique en apparence presque normale. Avant l'âge de l'audiogramme ce sera sur l'évolution clinique seule qu'il faudra se baser, pour oser confirmer, en ouvrant l'attique, qu'il existe des lésions muqueuses derrière ce tympan fermé. Des otites répétées, de plus en plus fréquentes, de plus en plus longues à guérir et surtout atteignant toujours la même oreille doivent nous faire soupçonner cette évolution latente chronique, bien spéciale à l'enfant.



# CARACTÈRES GÉNÉRAUX DE LA SURDITÉ DANS L'OTITE CHRONIQUE DE L'ENFANT

L'atteinte de l'audition est constante au cours de toute otite chronique.

L'importance du déficit est très variable, allant de 5 ou 10 dbs à 50 ou 60 dbs. Sa formule est celle d'une surdité de transmission. Le schwabach est prolongé, le Rienne négatif, le Weber latéralisé du côté malade. Mais cette formule sera parfois mixte denonçant un processus de la labyrinthisation.

La surdité subit des variations importantes, sous la dépendance du rhino-pharynx au cours d'une otite chronique. Bien qu'une cicatrisation spontanée, avec des séquelles auditives minimales, ne soit pas une éventualité exceptionnelle, en règle générale, la durée de l'otite est néfaste pour l'audition : la plupart des otites anciennes sont sanctionnées par un déficit auditif important.

Cette évolution peut aboutir à des fins diverses, malheureusement toutes préjudiciables à la fonction.

L'ostéite entraîne la rupture de la chaîne ossulaire.

Le cholestéatome aboutit au même résultat en détruisant les osselets.

La guérison spontanée se fait au prix de graves lésions cicatricielles, accompagnées d'une chute, parfois considérable de l'audition.

Nous avons vu par ailleurs, le retentissement possible de cette surdité sur l'évolution intellectuelle et psychique d'un enfant.



Ceci étant posé au départ, nous allons essayer de définir par quels moyens nous pourrions traiter une otite chronique pour préserver l'audition, et quelle sera l'attitude à adopter selon que nous aurons à soigner telle ou telle forme d'otite.

Nous aurons à opposer à une suppuration chronique de l'oreille :

- a.- un traitement du terrain et de l'état général;
- b.- un traitement médical local et des cavités annexes;
- c.- un traitement chirurgical.

#### A.- TRAITEMENT DU TERRAIN ET DE L'ETAT GENERAL .-

Il ne faut jamais le négliger.

Un enfant débile, soit par constitution, soit par suite d'une hygiène générale et alimentaire déficiente, luttant contre une infection, n'aure aucune tendance spontanée à guérir. Le milieu dans lequel il vit a aussi une grande importance. Entouré de frères et sœurs, de parents eux-mêmes infectés, il répercute continuellement des lésions sur le point de cicatriser.

- Il faut donc, chaque fois que c'est possible :
- soustraire l'enfant à la contamination de l'entourage;
  - tonifier son état général par des vitamines, du calcium, un régime alimentaire reconstituant;
  - enfin et surtout l'envoyer en cures climatiques et thermales.

#### B.- TRAITEMENT MEDICAL LOCAL ET TRAITEMENT DES CAVITES ANNEXES .-

Il seront, presque toujours, tentés au départ. Seules les otites sont justiciables d'une intervention chirurgicale d'emblée. Les soins locaux consistent à pratiquer des lavages, des instillations de solutions antiseptiques et bactéricides. Il faudra parfois extraire un polype, très souvent un cholestérome.

Le traitement des cavités annexes, trompe d'Eustache et rhino-pharynx est particulièrement important chez l'enfant : les aérosoles d'antibiotiques, le drainage des végétations adénoïdes, la radiothérapie, la radiumthérapie sont, dans certains cas, d'une



assez efficaces. Enfin, nous soignerons, quand il y a lieu, un sinus infecté.

### C.- TRAITEMENT CHIRURGICAL .-

Il sera pratiqué tôt, dès que la chronicité est certaine et après l'échec du traitement médical, si nous voulons éviter le risque d'une chute auditive importante.

Il est parfaitement inutile d'attendre une aggravation des lésions ou l'apparition d'une complication. L'âge de l'enfant ne doit pas déterminer d'hésitation. L'intervention n'est pas plus difficile, ni plus dangereuse. Elle est au contraire, plus sûrement limitée et les résultats sur l'audition sont excellents. Les complications qui obligent à pratiquer des opérations plus mutilantes sont d'autant plus rares que l'enfant est plus jeune.

Nous pourrions presque toujours nous contenter d'une simple atticotomie, sans essayer le moindre curettage de la muqueuse attical. Dans ces conditions l'acte chirurgical non seulement ne sera pas nuisible à l'audition, mais bien souvent l'améliorera.

Nous donnerons toujours la priorité à l'atticotomie mais, surtout chez l'enfant plus grand, la découverte des lésions du contenu attical, pourra nous obliger à pratiquer un évidement attical ou antro-attical.

C'est le cas du cholestéatome, ou encore des destructions osseuses importantes, accompagnées d'une chute auditive supérieure à 40 dbs.

L'évidement pétro-mastoïdien total est hors de question.

Quant à la mastéctomie, elle n'aura aucun effet sur un processus ancien, siégeant dans l'attique. C'est dans le traitement préventif de l'otite chronique qu'elle trouvera sa place.

Pour nous résumer, un acte chirurgical, pratiqué à temps et qui reste limité, ne sera jamais nuisible à l'audition, et de plus, sera la meilleure garantie de voir le niveau auditif stabilisé ou même amélioré. Lorsque le déficit auditif est déjà grave, il ne sera possible de le rattraper que très faiblement, aussi aurons-nous moins de regret, en cas de nécessité, de faire une intervention moins conservatrice.



### 3°.- Les suppurations entro - attico - tympaniques .-

Nous essaierons en premier des soins médicaux. Mais, à moins d'une évolution rapidement favorable, on n'hésitera pas à prendre une décision chirurgicale.

Du fait de leur gravité vitale d'abord, de l'aggravation rapide de la surdité ensuite, ces formes sont en règle générale justiciables de la chirurgie.

Le choix du mode opératoire dépend des lésions trouvées après l'ouverture de l'attique : un cholestéatome implique, en principe, la nécessité d'un évidement entro - attical; de même, des lésions ostéitiques avancées.

L'atticotomie sera préférée chaque fois que cela sera possible, surtout si la pert. auditive est inférieure à 40 dbs

### 4°.- Les destructions sub-totales de la pars tensa :

Elles seront traitées selon les constatations cliniques : aucune hésitation à intervenir si on découvre un cholestéatome; de même si le traitement médical s'avère inefficace.

L'atticotomie, ici, nous apportera moins de satisfactions car la chute auditive est souvent grave. Nous aurons donc moins de regrets à pratiquer un évidement de l'attique, souvent nécessaire, mais seulement dans ce cas.

### 5°.- Les atticites .-

Elles seront d'emblée soumises à la chirurgie : atticotomie ou évidement entro - attical selon les lésions.

L'audition est en général longtemps conservée chez l'enfant. Mais il faudra malheureusement aller le plus souvent jusqu'à l'évidement. Le cholestéatome atteint près de la moitié de ces cas; l'ostéite est souvent très avancée.

Le déficit auditif final sera donc, dans la majorité des cas inférieur ou égal à 35 - 40 dbs



### III.- Les RESULTATS AUDITIFS du TRAITEMENT CHIRURGICAL

#### A.- L' EVIDEMENT ANIRO - ATTICAL .-

Cette intervention donne de très bons résultats sur le processus suppuratif. Les résultats auditifs sont moins heureux. En supprimant la continuité de la chaîne ossiculaire, nous abaissons le niveau de l'audition d'environ 35 à 40 dbs du seuil de l'audition normale. Lorsque le déficit auditif est inférieur à ces chiffres, l'enfant aura donc une aggravation post-opératoire de sa surdité. Par contre, elle sera améliorée lorsque son déficit est inférieur à 40 dbs. C'est pourquoi nous réserverons cette intervention aux cas où la chute auditive est importante, dépassant 40 dbs.

En pratique, nous déciderons de faire un évidement antro-attical lorsque le contenu de l'attique ne nous autorisera pas à nous limiter à l'atticotomie, soit par suite de la présence d'un cholestéatome, soit de lésions osseuses très avancées.

#### B.- L' ATTICOTOMIE.-

Son action sur la suppuration chronique est superposable à celle de l'évidement antro-attical. Son influence sur la perforation reste très limitée.

Mais les résultats auditifs sont par contre très satisfaisants.

Nous avons revu, sur 196 enfants qui avaient subi une atticotomie, 86 d'entre eux, dont certains opérés depuis 1952. Le recul nous permet donc de donner des résultats, qui étant plus tardifs, seront plus convaincants que la constatation d'une amélioration immédiatement post-opératoire. Nous avons établi plusieurs statistiques, d'après les audiogrammes que nous possédions et que nous avons pu contrôler à nouveau.

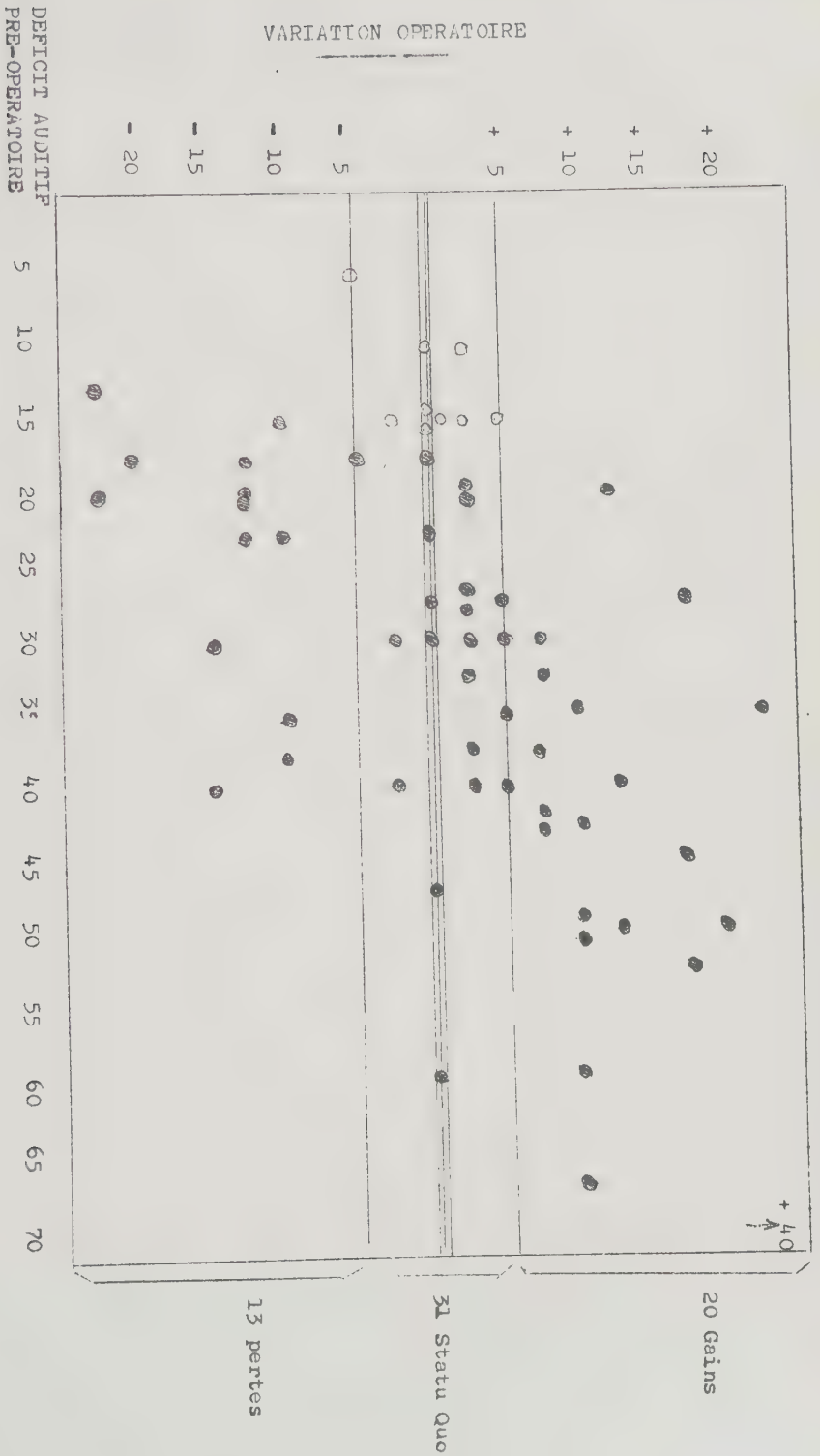
#### 1°.- Dans une période post-opératoire inférieure à deux ans :

Nous avons revu 70 enfants opérés depuis moins de deux ans.

64 possédaient un audiogramme préopératoire.



VARIATION OPERATOIRE





Nous avons trouvé sur 64 interventions :

|                     |           |
|---------------------|-----------|
| 20 gains auditifs   | soit 31 % |
| 31 statu quo        | soit 49 % |
| 13 pertes auditives | soit 20 % |

Dans 51 cas, soit 80 % des atticotomies l'audition a été conservée ou améliorée.

Signalons que nous considérons les variations inférieures ou égales à 5 dbs comme des stabilisations. Nous précisons ces résultats dans le tableau suivant.

Le déficit préopératoire figure en abscisses.

La variation post-opératoire en ordonnées.

Les gains se trouvent en-dessus de la ligne horizontale épaisse. En-dessous sont inscrites les pertes auditives.

Par exemple si nous prenons le premier point, le plus à gauche, nous avons :

- un déficit pré-opératoire de 5 dbs en abscisses
- une perte post-opératoire de 5 dbs en ordonnées.

Cet enfant aura donc un déficit post-opératoire de 10 dbs.

Les gains opératoires se répartissent ainsi :

|         |        |
|---------|--------|
| 2,5 dbs | 10 cas |
| 5 "     | 5 cas  |
| 7,5 "   | 5 cas  |
| 10 "    | 6 cas  |
| 12,5 "  | 3 cas  |
| 17,5 "  | 3 cas  |
| 20 "    | 1 cas  |
| 22,5 "  | 1 cas  |
| 40 "    | 1 cas  |

2°.- Dans une période de deux ans et plus après l'atticotomie :

Pour contrôler la valeur tardive de ces résultats nous avons revu et examiné des enfants opérés depuis au moins deux ans, certains depuis 4 ou 5 ans.

Nous en avons examiné 40. Mais 30 seulement avaient des audiogrammes préopératoires.



Nous avons trouvé sur ces 30 cas :

6 gains auditifs, soit ... 20 %  
21 statu quo , soit ..... 70 %  
3 pertes auditives, soit 10 %

Dans 27 cas, soit 90 % des atticotomies l'audition était stabilisée ou améliorée.

Nous préciserons les résultats dans un tableau identique au précédent.

Pour ces résultats tardifs les gains se répartissent ainsi :

|        |       |
|--------|-------|
| 2,5 db | 6 cas |
| 5 "    | 3 cas |
| 7,5 "  | 1 cas |
| 10 "   | 1 cas |
| 15 "   | 1 cas |
| 17,5 " | 1 cas |
| 20 "   | 1 cas |
| 35 "   | 1 cas |

3°.- Nous avons d'autre part constitué 25 dossiers où l'atticotomie a été précédée et suivie d'un examen audiométrique, et au moins deux ans plus tard, il a été fait un nouveau contrôle de l'audition.

Nous avons inscrit les résultats sur le tableau suivant :

En abscisses figure la variation opératoire du déficit, les gains à droite de la ligne grasse verticale, les pertes à gauche.

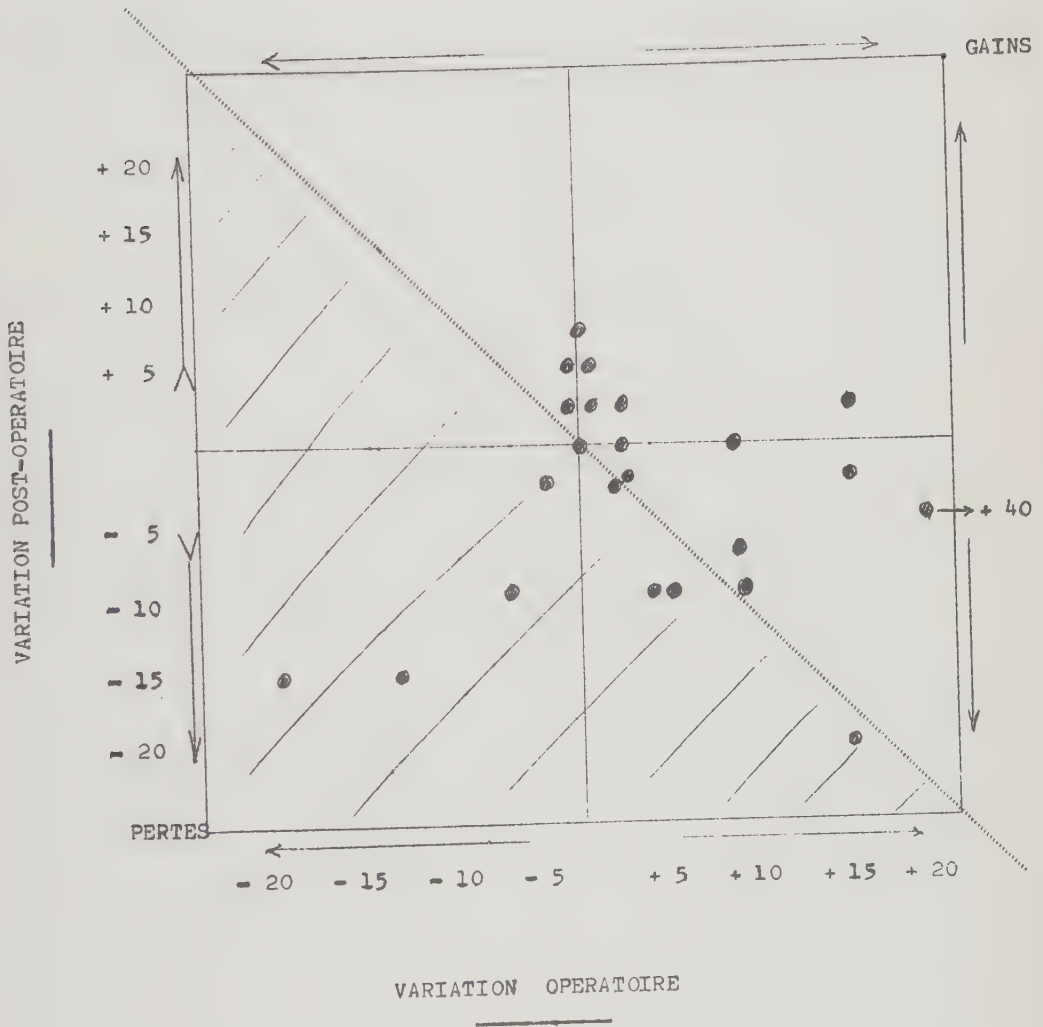
En ordonnées figure la variation du déficit dans la période post-opératoire, c'est-à-dire entre l'audiogramme post-opératoire immédiat et celui fait deux ans au moins plus tard.

Les gains sont au-dessus de la ligne grasse horizontale;

Les pertes au-dessous de cette ligne.

Nous trouverons ainsi, dans le carré situé en bas et à gauche, les cas où une perte auditive opératoire a été suivie







d'une perte auditive tardive.

Par exemple : le premier point en bas et à gauche indique une perte de 20 dbs au moment de l'intervention, suivie d'une perte tardive de 15 dbs. Cet enfant aura au total une perte auditive de 35 dbs par rapport à l'audiogramme pré-opératoire.

Le carré situé en bas et à droite indique un gain opératoire, suivi d'une perte tardive.

Le carré situé en haut et à gauche indique une perte auditive opératoire, suivie d'un gain tardif.

Enfin nous trouvons dans le carré situé en haut et à droite les cas où le gain opératoire a été suivi d'un gain tardif.

La ligne grasse en diagonale nous donne le résultat global de deux variations

Tous les points situés dans le triangle hachuré indiquent une perte par rapport à l'état préopératoire. Ceux du triangle en blanc indiquent un gain par rapport à l'état préopératoire.

Les résultats sur ces 25 cas s'établissent ainsi :

a.- Au moment de l'intervention nous avons :

|                    |      |      |
|--------------------|------|------|
| 8 gains auditifs   | soit | 32 % |
| 14 statu quo       | soit | 56 % |
| 3 pertes auditives | soit | 12 % |

Dans 22 cas l'audition a été stabilisée ou améliorée, soit 88 %.

b.- Dans la période post-opératoire nous avons :

|                    |      |      |
|--------------------|------|------|
| 2 gains auditifs   | soit | 8 %  |
| 15 statu quo       | soit | 60 % |
| 8 pertes auditives | soit | 32 % |

Dans 17 cas, soit 68 % l'audition est restée stabilisée ou s'est encore améliorée.



d'une perte auditive tardive.

Par exemple : le premier point en bas et à gauche indique une perte de 20 dbs au moment de l'intervention, suivie d'une perte tardive de 15 dbs , Cet enfant aura au total une perte auditive de 35 dbs par rapport à l'audiogramme pré-opératoire.

Le carré situé en bas et à droite indique un gain opératoire, suivi d'une perte tardive.

Le carré situé en haut et à gauche indique une perte auditive opératoire, suivie d'un gain tardif.

Enfin nous trouvons dans le carré situé en haut et à droite les cas où le gain opératoire a été suivi d'un gain tardif.

La ligne grasse en diagonale nous donne le résultat global de deux variations

Tous les points situés dans le triangle hachuré indiquent une perte par rapport à l'état préopératoire. Ceux du triangle en blanc indiquent un gain par rapport à l'état préopératoire.

Les résultats sur ces 25 cas s'établissent ainsi :

a.- Au moment de l'intervention nous avons :

|                    |      |      |
|--------------------|------|------|
| 8 gains auditifs   | soit | 32 % |
| 14 statu quo       | soit | 56 % |
| 3 pertes auditives | soit | 12 % |

Dans 22 cas l'audition a été stabilisée ou améliorée, soit 88 %.

b.- Dans la période post-opératoire nous avons :

|                    |      |      |
|--------------------|------|------|
| 2 gains auditifs   | soit | 8 %  |
| 15 statu quo       | soit | 60 % |
| 8 pertes auditives | soit | 32 % |

Dans 17 cas, soit 68 % l'audition est restée stabilisée ou s'est encore améliorée.







## CONCLUSIONS

---

1°.- Toute otite chronique, quelle qu'elle soit, ne peut évoluer, chez un enfant, sans léser l'audition.

2°.- Cette hypoacousie, en général modérée, varie selon le type de la perforation. Elle ne peut être précisée que par un audiogramme qui est possible chez un enfant à partir de l'âge de 5 ans. Livrée à elle-même, cette surdité se détériore habituellement avec le temps.

3°.- L'entroatticotomie stabilise l'audition au niveau pré-opératoire dans 88 % des cas. Elle ne permet qu'exceptionnellement un gain auditif appréciable.

4°.- Les conséquences heureuses de cette intervention de drainage sont durables et elles peuvent être considérées comme définitives.

Cette affirmation est basée sur l'étude de 86 audiogrammes pré ou post-opératoires, précoces et tardifs.

5°.- Un plaidoyer doit être fait pour conseiller une entro-atticotomie précoce, après échec du traitement médical, loyalement institué. Une telle intervention, doit être considérée comme le meilleur acte préventif d'une surdité otorrhéique à venir, conséquence presque inéluctable d'une suppuration auriculaire prolongée chez un enfant.

Ne laissant pas espérer de gains auditifs importants, l'intervention doit être pratiquée précocement, avant que la surdité ne soit accentuée.

---

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de  
PARIS :

J. SARRAILH

Le Doyen de la Faculté  
de Médecine :

L. BINET

Le Président de la  
Thèse :

AUBIN





